

KOMPARASI IMPLEMENTASI PROGRAM JAMKESMAS DAN JAMKESDA DI TIGA KAB/KOTA DI JAWA TIMUR

(The Comparison of Jamkesmas and Jamkesda Programme Implementation in Three Districts/Municipalities in East Java)

Wasis Budiarto¹ dan Ristrini¹

ABSTRACT

Background: The Government of East Java Province and District/City has signed collaboration in providing health insurance for the poor through the cost sharing of Jamkesda funding with 50:50 ratio. This study aims to compare the implementation of Jamkesmas and Jamkesda programme, especially in aspects of membership, financing and health service. **Methods:** This study was conducted in three regencies/cities in East Java, such as Malang city, Jember and Sampang district, were selected each regency/city two health centers (inpatient and outpatient health center) and one district hospital. Data were collected by interviewing patients of Jamkesmas and Jamkesda participants in health centers and hospitals, as well as the health workers. The number of samples 180 patients and 53 health workers, and be descriptive analysis. **Results:** The findings showed that the regulatory support at national, provincial and district/city and East Java Governor Regulation and Bupati/Walikota is adequate. The number of Jamkesmas participants was larger than Jamkesda. In East Java the participants of Jamkesmas were 28.58% from the population and 3.35% for Jamkesda. The number of Jamkesmas participants toward the poor in 3 districts/cities reached 95.91% and 2.46% for Jamkesda. Based on health personnel opinion, the actual number of poor participants involved as some became no longer poor. The budget allocation for Jamkesmas was unequal as Jamkesmas budget for hospitals larger than that of basic health services and delivery health insurance. Jamkesmas financing was more adequate than Jamkesda in both were public health budgets and operations. Based on patients experience, most were Jamkesmas and Jamkesda patients treated in health center usually outpatient and few of them are inpatient. The number of Jamkesmas participants treated at hospital and outpatients was smaller than Jamkesda, mean the number while inpatients in a hospital was small. Both Jamkesmas and Jamkesda services had no different, eventhough in some aspects Jamkesmas was better than Jamkesda. There was no difference between quality and accuracy services because the health care system in district/municipality always referred to national system. **Recommendation:** There should be a straight confirmation on Jamkesmas/Jamkesda position wheter a social insurance or social assistance. Furthermore, Jamkesda should be sustainable to support BPJS implementation in 2014.

Key words: Comparison; Jamkesmas (National Healthcare Insurance), Jamkesda (District Healthcare Insurance); Membership; Financing; Health Services

ABSTRAK

Latar belakang: Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kab/Kota telah menandatangani kerjasama dalam memberikan jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (Jamkesmas) melalui sharing dana pembiayaan Jamkesda dengan perbandingan 50:50. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan komparasi penyelenggaraan Jamkesmas dan Jamkesda ditinjau dari aspek kepesertaan, pembiayaan dan pelayanan kesehatan. **Metode:** Penelitian ini dilakukan di 3 Kabupaten/Kota di Jawa Timur yaitu Kota Malang, Kab. Jember dan Kab. Sampang, masing-masing dipilih 2 puskesmas (perawatan dan non perawatan) serta satu RSUD. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dengan pasien peserta Jamkesmas dan Jamkesda di puskesmas dan rumah sakit serta petugas kesehatan. Jumlah sampel untuk pasien sebanyak 180 orang dan petugas kesehatan sebanyak 53 orang, dan analisis dilakukan secara deskriptif. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan dukungan regulasi baik di tingkat pusat, Perda Provinsi dan Kab/Kota serta Peraturan Gubernur Jawa Timur dan Peraturan Bupati/Walikota sudah memadai. Jumlah peserta Jamkesmas jauh lebih banyak dibanding Jamkesda, di

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Jl. Indrapura 17 Surabaya
Alamat korespondensi: E-mail: wasis_pskk@yahoo.com

Jawa Timur peserta Jamkesmas 28,58% dari jumlah penduduk dan Jamkesda 3,35%. Jumlah peserta Jamkesmas terhadap penduduk miskin di 3 Kab/kota sudah mencapai 95,91% dan peserta Jamkesda sebanyak 2,46%. Menurut pendapat petugas, jumlah peserta yang benar-benar miskin diragukan karena ada beberapa peserta yang sudah tidak miskin lagi. Alokasi anggaran untuk Jamkesmas tidak merata, anggaran Jamkesmas untuk rumah sakit cukup besar dibandingkan anggaran untuk Jamkesmas dasar dan Jampersal. Pembiayaan Jamkesmas lebih mencukupi dibanding Jamkesda baik anggaran untuk kesehatan masyarakat maupun kegiatan operasional. Pengalaman pasien menyatakan bahwa sebagian besar pasien Jamkesmas dan Jamkesda pernah rawat jalan di puskesmas dan sedikit sekali yang pernah rawat inap di puskesmas. Jumlah peserta Jamkesmas yang pernah rawat jalan di rumah sakit lebih kecil dibanding Jamkesda sedangkan yang pernah rawat inap di rumah sakit tidak terlalu banyak. Pelayanan Jamkesmas dan Jamkesda tidak berbeda, tetapi untuk beberapa hal Jamkesmas lebih baik dibanding Jamkesda. Untuk mutu dan keakuratan tidak ada perbedaan, karena sistem pelayanan kesehatan di daerah selalu mengacu pada sistem nasional. **Rekomendasi:** Untuk itu perlu penegasan apakah Jamkesmas/Jamkesda termasuk asuransi sosial atau bantuan sosial. Untuk selanjutnya diharapkan program Jamkesda masih eksis dalam penyelenggaraan BPJS 2014.

Kata kunci: Komparasi, Jamkesmas/Jamkesda, Kepesertaan, Pembiayaan, Pelayanan Kesehatan

Naskah masuk: 8 Maret 2013, Review 1: 15 Maret 2013, Review 2: 15 Maret 2013, Naskah layak terbit: 23 April 2013

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk, karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Mulai JPS-BK tahun 1998–2001, PDPSE tahun 2001, PKBS-BBM) tahun 2002–2004 dan tahun 2005 JPKMM. Pada tahun 2007 dimulai program Askeskin, dan pada tahun 2008 menjadi Jamkesmas dengan sasaran kepesertaan tahun 2009–2011 sebanyak 76,4 juta jiwa (Depkes, 2009). Hingga saat ini, 63% warga negara Indonesia telah terjamin oleh asuransi kesehatan. Menurut Kementerian Kesehatan, Jamkesmas telah melindungi sebanyak 76,4 juta masyarakat miskin dan hampir miskin. Dengan kata lain, sekitar 32,39% dari seluruh populasi telah terlindungi melalui Jamkesmas, sedangkan peserta Jamkesda 11,50% dan yang belum terlindungi oleh program jaminan kesehatan sebanyak 38,83% (Mukti 2011)

Jumlah penduduk di Jawa Timur tahun 2012 sebanyak 38.088.166 jiwa dan yang memperoleh kartu Jamkesmas sebanyak 14.001.810 jiwa (36,76%) dan kartu Jamkesda sebanyak 1.411.742 jiwa (3,71%). Penyelenggaraan Jamkesda (Non Kuota) di Jatim dilakukan melalui sharing dana pembiayaan pelayanan kesehatan 50% Pemerintah Provinsi dan 50% Pemerintah Kab/Kota. Di Jawa Timur, penduduk yang sudah ikut dalam program jaminan kesehatan

kurang dari separoh (46,11%) yang terdiri dari peserta Jamkesmas 28,58%, Jamkesda 3,36%, PT Askes 8,12%, PT Jamsostek 1,86% dan peserta jaminan kesehatan lain sebanyak 4,19% dan sisanya 53,89% belum ikut dalam program jaminan kesehatan (Afan. 2011).

Kondisi tersebut sama dengan di AS dan Australia, yakni beban dibagi antara pemerintah pusat dan negara bagian. Di AS, beban Jamkesmas orang miskin (*medicare*) ditanggung negara bagian, tetapi Jamkesmas untuk lanjut usia (*medicaid*) ditanggung pemerintah federal. Di Australia, beban operasional rumah sakit pemerintah (*public hospital*) 50% ditanggung pemerintah dan 50% lagi diperoleh dari penyelenggara jaminan sosial (Muhammad, 2010)

Tujuan program Jamkesmas dan Jamkesda sama, yakni meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, tetapi anggaran yang digunakan berbeda, yakni untuk Jamkesmas menggunakan APBN sedangkan Jamkesda menggunakan APBD (provinsi/kab/kota). Sasaran Jamkesmas adalah data yang ada di BPS sedangkan sasaran Jamkesda tercantum dalam daftar yang telah ditentukan pemerintah daerah setempat.

Komparasi dalam penelitian ini adalah membandingkan dua objek dalam pengertian yang sama dan adanya kesesuaian untuk diperbandingkan (William E. Paden, 1994) yakni Jamkesmas dan Jamkesda. Tujuan komparasi ini untuk melihat perbedaan penyelenggaraan antara Jamkesmas dan Jamkesda serta melihat relevansi antara keduanya, yang dikaji dari beberapa aspek yakni dukungan

regulasi, kepesertaan, pembiayaan serta pelayanan kesehatan

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional non intervensi dengan cross-sectional*, yang dilakukan pada Mei s/d Agustus 2010. Lokasi penelitian dipilih 2 (dua) Kabupaten dengan kriteria IPKM tinggi (Kab. Jember) dan IPKM rendah (Kab. Sampang) serta 1 (satu) Kota dengan IPKM tinggi (Kota Malang). Masing-masing Kab/Kota dipilih 1 (satu) puskesmas perawatan dan 1 (satu) non perawatan secara *purposive*. Di samping itu RSUD Kab/Kota juga dipakai sebagai sampel dalam penelitian ini. Sebagai responden petugas di 3 RS, tiap RS dipilih 7 (tujuh) tenaga yaitu koordinator pelayanan Jamkesmas/Jamkesda, perawat/bidan koordinator rawat inap 4 besar (dalam, anak, bedah, kandungan), verifikator, bagian keuangan, total 21 orang. Sedangkan untuk responden petugas di puskesmas, tiap puskesmas dipilih 4 orang yaitu dokter, perawat, bidan dan bagian keuangan (6 puskesmas × 4 orang = 32 orang), total jumlah petugas sebanyak 53 orang. Untuk pasien, tiap puskesmas dipilih 10 pasien (6 puskesmas × 10 orang = 60 orang sedangkan di tiap rumah sakit dipilih 40 pasien yang tersebar di 4 spesialis dasar (dalam, kandungan, anak, bedah) sehingga jumlah pasien RS sebanyak 3 x 40 orang = 120 orang (90 orang peserta Jamkesmas dan 30 orang peserta Jamkesda). Pasien yang menggunakan SPM/SKTM dimasukkan sebagai peserta Jamkesda. Persepsi petugas terhadap Jamkesmas dan Jamkesda dilakukan dengan menggunakan data ordinal, mulai skor 1 (sangat tidak sesuai) sampai skor 5 (sangat sesuai) yang diisi oleh petugas dan pasien. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara yang menggunakan panduan wawancara (*interview guide*) dan analisis menggunakan deskriptif.

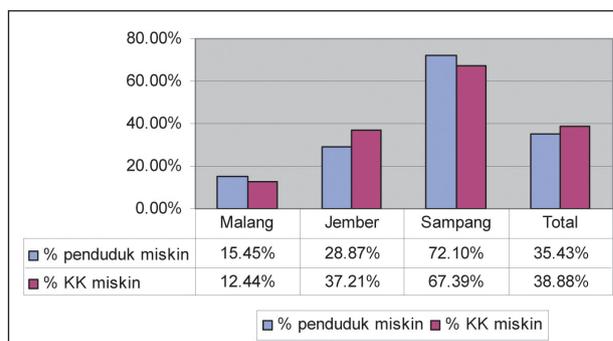
HASIL DAN PEMBAHASAN

Kondisi Penduduk Miskin

Jumlah Penduduk Miskin

Persentase penduduk miskin dan jumlah rumah tangga/keluarga miskin terlihat pada gambar 1.

Dari sejumlah penduduk di Kota Malang sebanyak 819.702 jiwa, jumlah penduduk miskin sebesar 126.630 jiwa atau 15,45%, dan jumlah penduduk di



Gambar 1. Persentase penduduk miskin dan keluarga miskin di 3 Kab/Kota tahun 2010

Kab. Jember sebanyak 2.408.116 jiwa, jumlah yang miskin 695.360 jiwa atau 28,87% sedangkan jumlah penduduk Kab. Sampang yang sebesar 876.950 jiwa, jumlah yang miskin sebanyak 632.280 jiwa atau 72,10%. Jumlah rumah tangga (KK) di Kota Malang sebanyak 195.167 KK yang merupakan keluarga miskin sebanyak 24.272 KK atau 12,44%, di Kab Jember jumlah KK sebanyak 648.192 KK yang miskin sebanyak 241.225 KK atau 37,21% sedangkan di Kab. Sampang jumlah KK sebanyak 215.802 yang miskin sebanyak 145.424 KK atau 67,39%.

Kondisi Sosial Ekonomi

Sebagian besar kepala keluarga miskin berpendidikan SD ke bawah (82,0%) dan yang tidak pernah sekolah sebanyak 15,8%. Di Sampang, yang berpendidikan SD ke bawah sebanyak 94,9% dan yang tidak pernah sekolah di Sampang mencapai 35,0%. Jumlah anggota rumah tangga di Kota Malang sebanyak 4,20 jiwa per KK, di Kab. Jember sebanyak 3,71 jiwa per KK, dan di Sampang sebanyak 4,06 jiwa per KK. Sebagian besar kepala keluarga miskin bekerja sebagai petani (32,4%), jasa/jualan (29,5%) dan buruh (26,6%). Di Sampang, kepala keluarga miskin sebagian besar petani (53,4%) sedangkan di Jember sebagian besar mempunyai pekerjaan sebagai buruh (47,9%) dan di kota Malang sebagian besar jasa/jualan (35,7%) dan buruh (35,7%). Sebagian besar mereka memanfaatkan beras Raskin (82,8%), tetapi yang menggunakan tabung gas 3 kg cukup banyak (50,8%), dan yang memiliki sepeda motor sebanyak 29,5%, memiliki lemari es 6,8%. Sebagian besar (66,2%) penduduk miskin tidak mempunyai fasilitas BAB (buang air besar), dan sebagian besar lantai rumah terluas adalah tanah (47,3%), dan di kota Malang sebagian besar keramik dan di

Jember menggunakan lantai papan, bambu/plester. Kondisi-kondisi tersebut tampaknya sudah cocok dari kriteria penduduk miskin khususnya kerentanan dan ketidakberdayaan (Budiarto, 2007).

Komparasi Regulasi Jamkesmas dan Jamkesda

Beberapa regulasi yang digunakan sebagai dasar operasional dari Jamkesmas adalah:

1. Permenkes No. 903/Menkes/PER/V/2011, tanggal 3 Mei 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas
2. Permenkes No. 631/Menkes/Per/III/2011 tentang Juknis Jaminan Persalinan
3. Permenkes No. 1097/Menkes/PER/VI/2011, tanggal 7 Juni 2011 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas
4. Permenkes No. 210/Menkes/PER/I/2011, tanggal 31 Januari 2011 tentang Juknis Bantuan Operasional Kegiatan (BOK)
5. Kep Menkes No. 1455/Menkes/SK/X/2010, tanggal 4 Oktober 2010 tentang Formularium Program Jamkesmas
6. Permenkes R.I Nomor: 1109/Menkes/PER/VI/2011, tanggal 7 Juni 2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Pengobatan Thalassemia, 8 Juni 2011.

Peraturan-peraturan tersebut juga dipakai dasar operasional dari Jamkesda, dengan beberapa tambahan yang lebih spesifik di Jawa Timur, yaitu:

1. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No. 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur
2. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No. 4 Tahun 2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah
3. Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 4 Tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No. 4 Tahun 2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah

4. Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 38 Tahun 2009 tentang RPJMD Prov. Jatim Tahun 2009–2014
5. Perjanjian Kerja sama antara Gubernur Jatim dengan Bupati/Walikota tanggal 18 Nopember 2009 tentang Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat yang Dijamin oleh Pemprov. Jatim dan Pem Kab/Kota tahun 2009
6. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur No. 188/2320/101.5/2010 Tanggal 30 Maret 2010 tentang Pedoman Teknis Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat yang Dijamin oleh Pemerintah Prov. Jatim dan Pemerintah Kab/Kota (Program Jamkesmasda) Tahun 2010.

Peraturan-peraturan dari pusat dan provinsi tersebut dipakai sebagai dasar operasional Jamkesmas dan Jamkesda, ditambah lagi beberapa regulasi di 3 Kabupaten/Kota yang terlihat pada tabel 1.

Dari regulasi yang dibuat di tingkat pusat, provinsi dan kab/kota menunjukkan kesungguhan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan penduduk miskin. Diakui atau tidak, peran pemerintah sangat penting dalam menentukan kebijakan pembiayaan kesehatan melalui kebijakan regulasinya. Pemerintahan yang lemah akan terbatas kemampuan

Tabel 1. Jumlah Peraturan yang Diterbitkan Tingkat Kab/Kota dalam Penyelenggaraan Jamkesmas dan Jamkesda di 3 Kab/Kota

No	Bentuk Regulasi & Kebijakan	Kabupaten/Kota		
		Malang	Jember	Sampang
1	Peraturan Daerah	-	3	-
2	Peraturan Bupati/Walikota	1	1	-
3	SK Bupati/Walikota	2	2	2
4	SKB Gub-Bupati/Walikota	1	1	1
5	SK Direktur RS	2	6	1

Tabel 2. Jumlah Peserta Jamkesmas dan Jamkesda dan Proporsinya terhadap Jumlah Penduduk di 3 Kabupaten Tahun 2010

Kab/Kota	Jumlah Penduduk	Jamkesmas		Jamkesda	
		Jumlah	% pddk	Jumlah	% pddk
Kota Malang	819.708	94.655	11,55	31.963	3,90
Kab. Jember	2.346.498	695.360	29,63	12.985	0,55
Kab. Sampang	876.950	632.280	72,10	4.567	0,52
Jawa Timur	37.476.011	10.710.051	28,58	1.256.811	3,35

memproduksi pelayanan publik khususnya kesehatan yang berkualitas tinggi (Fukuyama, 2004).

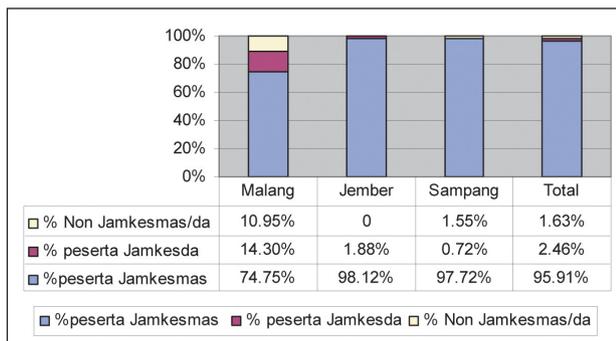
Komparasi Kepesertaan Jamkesmas dan Jamkesda

Jumlah Kepesertaan Jamkesmas dan Jamkesda

Jumlah kepesertaan Jamkesmas dan Jamkesda dibandingkan dengan jumlah penduduk terlihat pada tabel 2.

Dari tabel 2 terlihat bahwa proporsi peserta Jamkesmas terhadap jumlah penduduk di Jawa Timur sebesar 28,58% dan Jamkesda 3,35%. Persentase peserta Jamkesmas yang tinggi di Kab. Sampang (72,10% penduduk) tetapi peserta Jamkesda sedikit, sedangkan peserta Jamkesmas di Kota Malang sebanyak 11,55% penduduk dan peserta Jamkesda 3,90% penduduk. Kondisi tersebut seharusnya sudah tidak ada masalah dalam kepesertaan, karena jumlah sasaran Jamkesmas dan Jamkesda di Jawa Timur hanya 7,12% dari jumlah penduduk (Dinkes Jatim, 2011). Persentase penduduk miskin peserta Jamkesmas atau Jamkesda terlihat pada gambar 2 berikut.

Dari gambar 2 terlihat bahwa persen peserta Jamkesmas terhadap penduduk miskin sudah mencapai 95,91% dan peserta Jamkesda sebanyak 2,46% dari total penduduk miskin di 3 Kab/Kota. Persen peserta Jamkesmas terbanyak di Jember yakni hampir seluruh penduduk miskin (98,12%) dan di Sampang (97,72%) sedangkan peserta Jamkesda yang paling sedikit di Sampang (0,72%) dan tertinggi di Kota Malang (14,30%). Masih ada



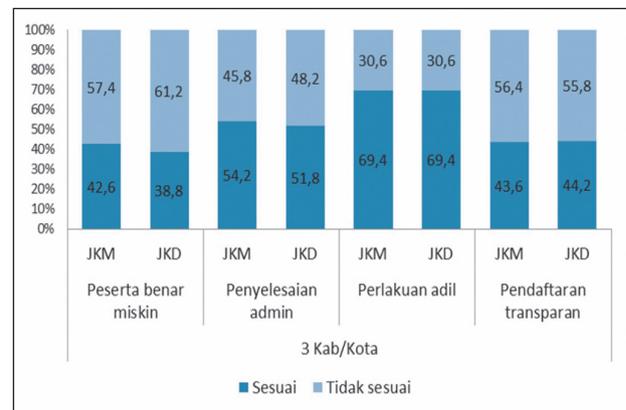
Gambar 2. Persentase peserta Jamkesmas, Jamkesda dan Non Peserta terhadap Penduduk Miskin Tahun 2010

sebagian masyarakat miskin yang tidak ikut dalam Jamkesmas dan Jamkesda sekitar 1,63%, dan ini diatasi dengan menggunakan SKM (Surat Keterangan Miskin) atau SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu). Dari gambaran tersebut terlihat bahwa permasalahan utama dalam kepesertaan Jamkesmas dan Jamkesda adalah belum ada *database* kepesertaan yang akurat, pemutakhiran data tidak dilakukan dengan baik dan tidak serentak serta data masyarakat miskin yang berbeda antar instansi.

Pendapat Petugas tentang Kepesertaan

Pendapat petugas tentang kepesertaan dilakukan terhadap petugas puskesmas dan rumah sakit yang meliputi indikator peserta benar-benar miskin, penyelesaian administrasi kepesertaan, perlakuan adil dalam menentukan kepesertaan dan pendaftaran peserta dilakukan secara transparan, terlihat pada gambar 3.

Dari gambar 3 terlihat bahwa peserta benar-benar miskin masih diragukan oleh petugas, artinya ada beberapa peserta yang sudah tidak miskin lagi. Penyelesaian administrasi dan perlakuan adil sudah baik untuk Jamkesmas dan Jamkesda, tetapi masalah transparansi pendaftaran tidak sesuai dengan aturannya. Untuk itu perlu mempertimbangkan pelaksanaan regionalisasi pengelolaan Jamkesmas, pembuatan Keppres sebagai instrumen payung yang mengatur Jamkesmas, melengkapi berbagai instrumen teknis, kebijakan yang mengatur penetapan sasaran serta penggantian kartu-kartu yang gagal distribusi (Hendrawan, 2009).



Gambar 3. Pendapat petugas tentang kepesertaan Jamkesmas dan Jamkesda di 3 Kab/Kota tahun 2010

Tabel 3. Jumlah Pembiayaan Jamkesmas di 3 Kab/Kota dan Jawa Timur dan Persen terhadap total pembiayaan Jamkesmas di Jawa Timur Tahun 2011

Kab/Kota	Jamkesmas Dasar		Jampersal		Luncuran RS		Total	
	Jumlah (juta Rp)	% thd Jatim						
Kota Malang	1.749,22	0,88	3.383,8	2,19	34.742,70	7,87	39.875,72	5,02
Kab. Jember	12.850,25	6,49	9.686,47	6,26	13.245,05	3,00	35.781,77	4,51
Kab. Sampang	11.684,53	5,90	3.620,09	2,34	6.003,03	1,36	21.307,66	2,68
Jawa Timur	197.921,70	100,00	154.703,00	100,00	441.242,20	100,00	793.866,90	100,00

Sumber: Dinkes Prov Jatim 2011

Keterangan: Data pembiayaan Jamkesda tidak ada

Komparasi Pembiayaan Jamkesmas dan Jamkesda

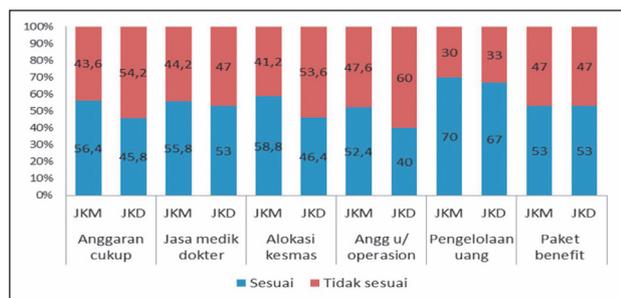
Pembiayaan Jamkesmas

Pembiayaan untuk Jamkesda tidak dapat dikomparasikan dengan Jamkesmas karena data pembiayaan Jamkesda tidak ada. Pembiayaan Jamkesda sudah masuk dalam anggaran Dinas Kesehatan Kab/Kota dan RSUD. Pembiayaan Jamkesmas terdiri dari pelayanan Jamkesmas dasar, Jampersal dan luncuran dana untuk rumah sakit.

Dari tabel 3 terlihat bahwa pembiayaan Jamkesmas dasar di kota Malang hanya 0,88% dari pembiayaan Jawa Timur sedangkan Jember 6,26%. Luncuran dana untuk rumah sakit di Kota Malang sebesar 7,87% sedangkan di Sampang hanya 1,36% dari pembiayaan Jamkesmas di Jawa Timur. Secara keseluruhan, Kota Malang memperoleh alokasi yang besar (5,02%) sedangkan di Sampang yang kecil (2,68%).

Pendapat Petugas tentang Pembiayaan

Pendapat petugas tentang pembiayaan Jamkesmas dan Jamkesda meliputi beberapa item



Gambar 4. Pendapat petugas tentang pembiayaan Jamkesmas dan Jamkesda di 3 Kab/Kota tahun 2010

yaitu kecukupan anggaran, jasa medik dokter, alokasi untuk kegiatan kesehatan masyarakat, anggaran operasional, transparansi penggunaan anggaran dan kesesuaian paket manfaat untuk Jamkesmas dan Jamkesda yang terlihat pada Gambar 4.

Dari gambar 4 terlihat bahwa pembiayaan untuk Jamkesmas dan Jamkesda ada perbedaan, di mana untuk pembiayaan Jamkesmas (APBN) lebih mencukupi dibandingkan dengan pembiayaan untuk Jamkesda (APBD). Untuk jasa medik dokter kelihatannya tidak ada perbedaan, karena pola pembiayaan Jamkesda mengikuti pola Jamkesmas demikian pula paket benefitnya. Alokasi pembiayaan untuk kegiatan kesehatan masyarakat (*public health*) masih lebih besar Jamkesmas, karena anggaran kesehatan dari APBD Kab/Kota sangat kecil. Demikian pula alokasi pembiayaan operasional juga masih besar Jamkesmas. Untuk pengelolaan anggaran baik Jamkesmas dan Jamkesda sudah sesuai dengan aturan yang ada.

Di samping pembiayaan, ketersediaan sarana kesehatan yang memadai juga menjadi salah satu prasyarat peningkatan kualitas layanan kesehatan, baik untuk keluarga miskin maupun non miskin (Budiarto, 2006). Muhammad (2010) menyatakan bahwa pasien miskin masih saja diminta membayar dengan dalih tindakan itu tak termasuk yang dijamin, sehingga mutu layanan turun. Ekman (2007) menyatakan bahwa penduduk miskin atau hampir miskin yang tidak terjamin oleh asuransi kesehatan rentan terhadap kejadian katastrofik kesehatan. Hal tersebut disebabkan oleh pembayaran *out of pocket* (OOP) di mana pembayaran ini mendominasi sebagian besar pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang (Tangcharoensathien *et al.*, 2011)

Tabel 4. Pengalaman Pasien Peserta Jamkesmas dan Jamkesda pada Rawat Jalan dan Rawat Inap di 3 Rumah Sakit

No	Rawat Jalan/Rawat Inap	Jamkesmas (JKM)		Jamkesda (JKD)		JKM+JKD	
		Pernah	Tidak Pernah	Pernah	Tidak Pernah	Pernah	Tidak Pernah
1	RJTP	79 (87,8%)	11 (12,2%)	22 (73,3%)	8 (26,7%)	101 (84,2%)	19 (15,8%)
2	RITP	4 (4,4%)	86 (95,6%)	3 (10,0%)	27 (90,0%)	7 (5,8%)	113 (94,2%)
3	RJTL	23 (25,6%)	67 (74,4%)	18 (60,0%)	12 (40,0%)	41 (34,2%)	79 (65,8%)
4	RITL	17 (18,9%)	73 (81,1%)	4 (13,3%)	26 (86,7%)	21 (17,5%)	99 (82,5%)

Komparasi Pelayanan Kesehatan Jamkesmas dan Jamkesda

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pertanyaan tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas dan Jamkesda dilakukan dengan menanyakan kejadian kunjungan sebelum yang terakhir yakni sebelum penelitian ini dilakukan. Wawancara dilakukan terhadap pasien rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit.

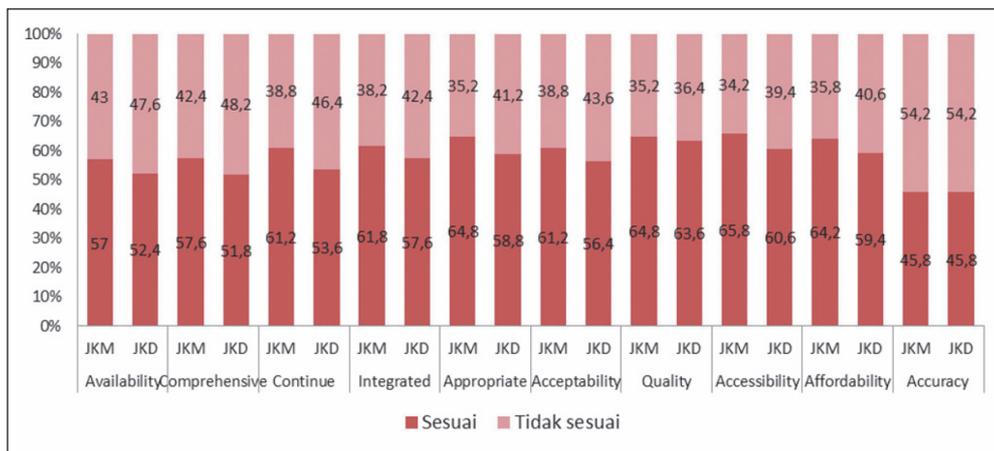
Dari tabel 4 terlihat bahwa sebagian besar pasien Jamkesmas maupun Jamkesda pernah melakukan rawat jalan di puskesmas (RJTP) yakni 87,8% dan 73,3%, dan sedikit sekali pasien yang pernah dirawat inap di puskesmas (RITP) yakni 4,4% dan 10%. Pengalaman pasien yang pernah rawat jalan di rumah sakit (RJTL) untuk peserta Jamkesmas sebesar 25,6% dan Jamkesda sebesar 60%, sedangkan yang pernah rawat inap di rumah sakit untuk peserta Jamkesmas sebesar 18,9% dan Jamkesda 13,3%.

Cruber (1996) mengemukakan bahwa semakin luasnya cakupan jaminan kesehatan akan disertai dengan meningkatnya penggunaan fasilitas dan indikator kesehatan. Penelitian yang dilakukan Camacho dan Conover (2008) menunjukkan bahwa luasnya cakupan jaminan kesehatan di negara berkembang tidak meningkatkan secara signifikan penggunaan fasilitas dan indikator kesehatan, karena masyarakat tidak memiliki akses yang cukup terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

Pendapat Petugas tentang Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik dapat dilihat dari 10 (sepuluh) indikator utama yaitu *available, comprehensive, continue, integrated, appropriate, acceptable, quality, accessible, affordable, dan accuracy* yang terlihat pada gambar 5.

Dari gambar 5 terlihat bahwa hampir semua pendapat petugas tentang pelayanan kesehatan



Gambar 5. Pendapat petugas tentang pelayanan kesehatan Jamkesmas dan Jamkesda di 3 Kab/Kota tahun 2010

antara Jamkesmas dan Jamkesda relatif tidak berbeda, dan sebagian besar lebih baik/sesuai pelayanan kesehatan Jamkesmas dibandingkan dengan Jamkesda, walau perbedaan tidak besar. Untuk mutu layanan dan keakuratan layanan kesehatan, antara Jamkesmas dan Jamkesda sama atau tidak ada perbedaan. Hal tersebut dapat dimaklumi karena sistem pelayanan kesehatan di daerah, selalu mengacu pada pedoman pelayanan nasional yang seharusnya mempunyai spesifikasi sendiri. Akibatnya, banyak masalah kesehatan rakyat setempat yang tidak teratasi karena tidak tercover dalam program pelayanan nasional. Penelitian yang dilakukan di negara miskin menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak miskin akan meningkatkan cakupan dan mempunyai pengaruh positif pada kesehatan anak (Currie & Gruber, 1996). Dari data Susenas 2009, menunjukkan bahwa pemilik Jamkesmas lebih terlindungi dari kejadian katastrofik kesehatan dibandingkan dengan rumah tangga yang memiliki asuransi lain atau tidak memiliki asuransi sama sekali. Hal ini ditunjukkan oleh rendahnya *out of pocket* dan insidensi pengeluaran katastrofik di antara rumah tangga yang memiliki Jamkesmas (World Bank, 2011).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Beberapa kesimpulan yang dapat diberikan dalam kaitannya dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Kondisi penduduk miskin di daerah studi menunjukkan tingkat pendidikan terbanyak adalah SD ke bawah (82,0%), pekerjaan terbanyak adalah petani, jualan/jasa dan buruh (88,5%), dan hampir semua membeli beras raskin (82,8%), kepemilikan fasilitas BAB hanya dimiliki oleh 28,4% keluarga dan masih banyak keluarga miskin yang lantainya masih dari tanah. Kondisi tersebut berbeda antara keluarga miskin di Kota dan keluarga miskin di Kabupaten.
- b. Dukungan regulasi untuk Jamkesmas dilakukan di tingkat pusat, sedangkan pelaksanaan Jamkesda didasarkan pada peraturan Perda Provinsi dan Kab/Kota serta Peraturan Gubernur Jawa Timur dan Peraturan Bupati/Walikota.
- c. Jumlah peserta Jamkesmas jauh lebih banyak dibanding Jamkesda, di mana peserta Jamkesmas

di Jawa Timur sebesar 28,58% dari jumlah penduduk dan Jamkesda 3,35%. Jumlah peserta Jamkesmas terhadap penduduk miskin sudah mencapai 95,91% dan peserta Jamkesda sebanyak 2,46% di 3 Kab/Kota. Pendapat petugas menyatakan bahwa jumlah peserta yang benar-benar miskin diragukan karena ada beberapa peserta yang sudah tidak miskin lagi.

- d. Alokasi anggaran untuk Jamkesmas tidak merata, kota Malang memperoleh alokasi yang besar sedangkan di Sampang kecil. Anggaran Jamkesmas untuk rumah sakit cukup besar dibandingkan anggaran untuk Jamkesmas dasar dan Jampersal. Pendapat petugas tentang pembiayaan Jamkesmas menyatakan lebih mencukupi dibanding Jamkesda demikian pula untuk alokasi anggaran untuk kegiatan kesehatan masyarakat dan untuk operasional.
- e. Sebagian besar pasien Jamkesmas maupun Jamkesda yang pernah RJTP dan sedikit sekali pasien yang pernah RITP. Pengalaman pasien yang pernah RJTL untuk peserta Jamkesmas lebih kecil dibanding Jamkesda sedangkan yang pernah RITL tidak terlalu banyak. Pendapat petugas menyatakan bahwa pelayanan kesehatan antara Jamkesmas dan Jamkesda tidak berbeda, Jamkesmas lebih baik dibanding Jamkesda, walau perbedaan tidak besar. Untuk mutu dan keakuratan tidak ada perbedaan, karena sistem pelayanan kesehatan di daerah selalu mengacu pada nasional.

Saran

Beberapa saran yang dapat diberikan khususnya berkaitan dengan penyelenggaraan Jamkesmas dan Jamkesda adalah sebagai berikut:

- a. Jamkesmas melebur ke dalam BPJS sejak tahun 2014, tetapi sebaiknya Jamkesda tidak, karena Daerah telah berupaya untuk menyehatkan penduduknya dengan mengalokasikan anggarannya (APBD) ke dalam program jaminan kesehatan, tanpa mengabaikan program preventif dan promotifnya.
- b. Harus ditegaskan lagi prinsip dan filosofi yang dipakai dalam penyelenggaraan Jamkesmas, apakah merupakan asuransi sosial (askesos) atau merupakan bantuan sosial (bansos), karena prinsip yang digunakan berbeda. Ketegasan itu perlu sehingga penyelenggaraannya tidak menemui banyak kesulitan.

- c. Perlu mendesain sistem pengawasan independen yang melibatkan masyarakat setempat, dan membentuk satu dewan kesehatan daerah yang secara khusus mendeteksi perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

DAFTAR PUSTAKA

- Afan. 2011. Kebijakan dan Pelaksanaan Program Jamkesmas dan Jamkesda di Jawa Timur, disajikan dalam Pertemuan Tindak Lanjut Analisis Data Lanjutan program Jamkesmas, Sidoarjo, 12–14 Desember.
- Budiarto, Wasis dan Ristrini. 2006. Mengembangkan kriteria keluarga miskin dalam penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin – Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 9 No. 1, Januari.
- Camacho, Adriana and Emily Conover. 2008. Effects of Subsidized Health Insurance on New born Health in Columbia, Document CEDE, Universidad de Los Andes, Facultad de Economia ISSN 1657-7191.
- Cameron, Kim S. 1986. Effectiveness as Paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness, Management Science, Mei 1986.
- Cruber, Jonathan. 2008. Health Insurance for Poor Women and Children in the US lessons from past decade, NBER Working Paper Series 5831.
- Currie, Janet and Jonathan Gruber. 1996. Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health.” Quarterly Journal of Economics Vol. 111, No. 2, 431–466.
- Ekman B. 2007. Catastrophic Health Payments and Health Insurance: Some Counterintuitive Evidence From One Low-Income Country. Health Policy, 83.
- Fukuyama, Francis. 2004. The Imperative of State Building, Journal of Democracy, April 2004 Vol. 15, No. 7.
- Hendrawan, Harimat. 2009. Analisis Implementasi Kebijakan Jamkesmas di Rumah Sakit Umum Pemerintah, Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan.
- Mohammad, Kartono. 2010. Menggugat Arah Sistem Jaminan Kesehatan, <http://www.sunan-ampel.ac.id/index.php?option>,
- Mukti AG. 2012. Arah dan Kebijakan BPJS Kesehatan dalam Mewujudkan Universal Coverage Sesuai UU No. 40/2004 tentang SJSN dan UU No. 24/2011 tentang BPJS.
- Paden, William E. 1994. Religion Worlds :The Comparative Study of Religion, Edition 2. [www.amazon.com/Religion Worlds-Comparativestyudy-religion/dp/0807012297](http://www.amazon.com/Religion-Worlds-Comparativestyudy-religion/dp/0807012297).
- Safawi, Zuber. 2008. Menanti Realisasi Anggaran Kesehatan. <http://suaramerdeka.com/smcetak/index.php>.
- Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Ir, P., Aljunid SM, Mukti AG, Akkhavong K, Banzon E, et al. 2011. Health-financing Reforms In Southeast Asia: Challenges In Achieving Universal Coverage. Lancet, 377(9768), pp. 863–73. doi:10.1016/S0140-6736(10)61890-9.
- World Health Organization. 2006. *Working together for Health*, World Health Report 2006, WHO, Jeneve.
- World Bank. 2011. Indonesia Health Sector Review Does JAMKESMAS Protect the Population from Health Expenditure Shocks □? Policy and Discussion Notes, 60037 (February).